

Név:

Szül. dátum:

1. Vannak jelenleg, vagy voltak-e az elmúlt 5 napban influenzaszerű tünetei?

☐ Igen ☐ Nem

2. Került-e kapcsolatba az elmúlt 5 napban olyan személlyel, akinél felmerült az új koronavírus fertőzés gyanúja, vagy tudottan új koronavírussal fertőzött személy?

☐ Igen ☐ Nem

3. Tud-e arról, hogy már átesett a COVID-19 fertőzésen?

☐ Igen ☐ Nem

Ha igen, mikor volt az első pozitív tesztje?

4. Részesült-e bármilyen COVID-19 elleni védőoltásban?

☐ Igen ☐ Nem

Utolsó oltás időpontja: _____

Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a fenti kérdésekre adott válaszaim a valóságnak megfelelnek. Az adatkezelési tájékoztatót megismertem.

Kelt: _____